REVUE
DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Membre correspondant de l'Institut,
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lyon.

VERNEUIL
Membre de l'Institut,
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Laennec.

ET

F. TERRIER
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

EXTRAIT

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

CANCER DU RECTUM

RÉSECTION PAR LA VOIE SACRÉE

Par A. ROUTIER
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

De toutes les manifestations du cancer sur les divers organes, sa localisation sur le rectum est certainement une de celles qu'il est le plus difficile de combattre. Après avoir tenté des opérations dans le but d'obtenir ce qu'on appellerait volontiers, aujourd'hui, la cure radicale, beaucoup de chirurgiens, lassés par les mauvais résultats obtenus, semblent vouloir se contenter des opérations palliatives, et se borner à traiter non plus le cancer, mais un de ses symptômes, de tous le plus constant et le plus menaçant pour la vie, je veux parler du rétrécissement causé par le néoplasme. C'est ainsi qu'à l'extirpation du rectum ont succédé les divers procédés de colotomie et la rectotomie linéaire.

Il ne faudrait pas en conclure qu'en face d'un cancer du rectum tout soit désespéré; l'extirpation ou l'amputation de l'extrémité inférieure du rectum a en effet donné de bons résultats. Cependant, et malgré son origine toute française, cette opération indiquée par Faget en 1739, vulgarisée par Lisfranc en 1826, perfectionnée par Amussat et tant d'autres, est un peu délaissée par les chirurgiens français.

Avant d'entrer en matière, j'ai besoin de prouver au lecteur qu'il faut au moins essayer de guérir le cancer du rectum. Je ne puis fournir à l'heure qu'il est une statistique des résultats obtenus par la méthode de résection; elle est trop récente : je vais donc me servir des statistiques fournies par l'amputation du rectum pratiquée par les méthodes anciennes, convaincu que le procédé que je décrirai ensuite, doit donner mieux encore.

C'est de l'étranger que nous viennent les statistiques les plus importantes. Nous en trouvons quatre avec d'assez gros chiffres dans un article de Franks (in *Dublin Jour. of med. scien.*, t. LXXXIII).

Avec l'amputation du rectum, les anciens chirurgiens, dit-il, avaient 30 p. 100 de mortalité opératoire. Gross (in *Surgery*) fixe cette mortalité à 20 p. 100 sur un total de 193 cas; dans B. Ball, elle est de 16 p. 100 sur 175; dans H. Cripps, elle est de 17 p. 100 sur 76 cas, dont 23 personnels. Enfin, sur 43 cancers du rectum observés à la clinique d'Heidelberg par Czerny, 25 cas seulement furent jugés opérables et il n'y eut que 1 mort.

Passons à ce qu'il nous importe surtout de connaître : les résultats plus ou moins lointains.

Gross donne les chiffres suivants : sur 154 survivants, 51 eurent une récidive locale, 14 eurent des manifestations du cancer sur d'autres points du corps; 53 étaient sans récidive, les uns depuis 6 mois, les autres depuis 10 ans; 6 sont arrivés indemnes à cette date éloignée; 29 sont arrivés à 2 ans; les renseignements manquent pour 36.

Dans Cripps, sur 63 survivants, 16 ont été perdus de vue, 11 sont restés guéris de quelques mois à plusieurs années; 3 étaient sans récidive après 4 ans; 14 ont eu leur récidive entre 6 mois et 4 ans.

Parmi les cas qui lui sont personnels, 6 sont restés guéris de 2 à 4 ans; 9 ont eu une récidive entre 4 mois et 2 ans.

Enfin Czerny signale 9 guérisons anciennes : 6 datent de 2 ans, 3 ont plus de 3 ans.

Plus récemment, au congrès des chirurgiens allemands en 1888, König apportait une statistique personnelle : sur 77 cas observés, il en a opéré 60. Sa mortalité est de 10 p. 100. Ses résultats lui donnent :

10 p. 100 sans récidive après 3 ans.
18 p. 100 — — 2 ans.

Bardenheuer (*Samml. Klin. Wort.*, novembre 1887) aurait abaissé son chiffre de mortalité primitif de 10 p. 100 à 5 p. 100 et cite 3 femmes guéries depuis 6, 7 et 8 ans. Il connaît des cas de guérison remontant à 4 et 11 ans.

Récemment, dans l'*Union médicale* du 6 décembre 1888 et dans la *Gazette des hôpitaux* du 8 janvier 1889, mon excellent ami M. Kirmisson relevait aussi, dans les statistiques, des cas de survie considérable, et, sans conseiller formellement l'ablation systématique de tous les cancers du rectum, l'auteur, montrant le parti qu'on pouvait en tirer, conseillait de ne pas s'en tenir absolument aux opérations palliatives.

J'ai cité tout de suite ces chiffres dans ce même but, et pour montrer qu'en face d'un cancer du rectum il ne faut pas complètement désespérer, et qu'il reste peut-être mieux à faire que de s'en tenir à la colotomie ou à la rectotomie. Du reste, ici comme partout ail-

leurs en chirurgie, il faut savoir chercher les indications et s'y conformer, c'est dire que, quand le cancer est accessible et mobile, il faut se hâter de l'enlever en entier.

Le cancer peut, en effet, siéger en divers points du rectum; s'il est bas, si l'anus est envahi, on est habitué à recourir soit à l'amputation, soit à la rectotomie postérieure; employée pour la première fois par Stafford en 1838 pour la cure du rétrécissement non cancéreux du rectum, cette opération a été bien réglée et vulgarisée par le professeur Verneuil (1865-1872) qui, dans certains cas, pour pouvoir dépasser le cancer, a dû réséquer le coccyx.

Mais qu'arrive-t-il, aussi bien après l'amputation qu'après la rectotomie? C'est que le sphincter est détruit, on a une plaie qui a de la tendance à raccourcir tous ses diamètres, et qui menace d'un rétrécissement ultérieur. En attendant ce nouveau rétrécissement, les malades ont de l'incontinence pour les gaz et les matières liquides ou demi-liquides : à peine peuvent-ils retenir les matières très solides.

C'est bien pis encore quand on pratique un anus contre nature, soit lombaire, soit iliaque, et cependant, quand le cancer est haut, hors de portée de l'anus, on n'avait jusqu'ici d'autre ressource que cette colotomie. Je ne parle pas, bien entendu, de ces cancers du colon ou de l'os iliaque qu'on peut enlever par la laparotomie.

C'est précisément à ce groupe de cancers du rectum qui n'atteignent pas l'anus, qui sont trop bas, comme le dit Volkmann, pour une laparotomie, trop hauts pour une extirpation, que s'adresse cette méthode nouvelle décrite par Kraske (de Freiburg) au congrès des chirurgiens allemands en 1885.

J'étais jusqu'ici, je dois le confesser, resté assez froid pour cette méthode qui me paraissait tant soit peu barbare et, comme beaucoup de mes collègues sans doute le pensent encore aujourd'hui, je trouvais excessif de réséquer le coccyx et une partie du sacrum pour enlever un cancer du rectum.

Mais, dans un récent voyage en Allemagne, j'ai vu à Heidelberg le professeur Czerny enlever par la voie sacrée un utérus et ses annexes atteints de cancer; à Hambourg, M. Schede ouvrir par cette voie avec la plus grande facilité un abcès prévertébral; enfin, à Cologne, le Pr Bardenheuer m'a fait voir deux malades opérés récemment de cancer du rectum par sa méthode. J'ai été converti; depuis, j'ai moi-même utilisé la voie sacrée, qui me paraît mériter l'attention de tous les chirurgiens et que je vais tâcher de faire mieux connaître.

La communication de Kraske a pour titre : *Zur Extirpatio hochsitzender Mastdarmkrebser* et se trouve en entier dans le tome XXXIII des *Arch. für klin. Chirurgie.*

Il propose d'aborder le rectum par la paroi postérieure, à travers les parties molles de la région sacro-coccygienne, en s'aidant non seulement de la résection du coccyx, comme l'avait proposé en 1874 Kocher (de Berne), mais encore de la résection d'une portion de sacrum.

Dans cette opération, on ne touche pas au sphincter; une fois le cancer annulaire enlevé, on suture le bout supérieur de l'intestin à la portion saine du rectum qui existe encore au-dessous et qui se termine au sphincter. Voici du reste la description du procédé tel que Kraske la donne lui-même :

Le malade étant placé dans le décubitus latéral droit, les cuisses fléchies sur le bassin, on mène une incision allant jusqu'à l'os, parallèle à la crête sacrée et descendant jusqu'à l'anus.

Dénudation de l'os sacrum et du coccyx jusqu'à leur bord gauche, section des ligaments ischio-sacrés jusqu'au niveau du troisième trou sacré, résection totale du coccyx, puis résection au ciseau de la partie inférieure gauche du sacrum jusqu'au troisième trou sacré.

Le malade est alors mis sur le dos, le siège très élevé, la portion du rectum située entre le sphincter et la limite inférieure du cancer est fendue verticalement, ce qui, dit l'auteur, n'est cependant pas indispensable.

Le rectum est ensuite coupé transversalement au-dessous et à distance du néoplasme. On peut alors faire descendre l'intestin, en ouvrant le cul-de-sac péritonéal pour peu que le cancer s'étende vers la partie supérieure.

Nouvelle incision transversale au-dessus du cancer, pour enlever celui-ci; puis, suture du bout supérieur au bout inférieur, mais seulement dans les 2/3 antérieurs de leur circonférence. Kraske rapporte deux observations suivies de guérison.

Bientôt cette méthode se répand en Allemagne.

En 1886, Rinne, Israël, Schönborn, cité par Kirschoff, appliquent la méthode (*Central. f. Chir.*, nos 14, 52).

En 1887, Bardenheuer publie un mémoire sur la question (in *Samml. klin. Wort.*, n° 289) et modifie le procédé : à la résection latérale du sacrum indiquée par Kraske il substitue la résection transversale au-dessous du troisième trou sacré; cela donne plus de jour, dit-il, et permet de faire une hémostase plus complète.

Mais à l'ouverture du cul-de-sac péritonéal il préfère le décollement du péritoine de la face antérieure du rectum; ceci paraît étonnant chez un opérateur qui ne craint pas d'enlever les cancers adhérents à la prostate et à la vessie, qui a même plusieurs fois blessé cet organe, et qui a réséqué jusqu'à 20 et 40 centimètres d'intestin.

Cette même année, Kraske publie huit cas de résection du rectum par sa méthode (*Berlin. klin. Woch.*, 1887). Il a essayé la suture circulaire du rectum réséqué, mais deux morts par péritonite, causée par l'issue dans le péritoine de matières stercorales qui ont rompu sa suture, la lui font abandonner de nouveau. Il dit cependant qu'il est décidé à l'essayer encore, s'il arrive par des purgatifs ou des lavages à débarrasser complètement l'intestin; au besoin même, il ferait un anus contre nature sur le côlon pour assurer l'asepsie de sa suture.

Schede, de Hambourg (*Deutsch. Woch.*, n° 48), a vraiment perfectionné la méthode, par trois modifications importantes : il ferme de suite au catgut le cul-de-sac péritonéal ouvert; ne fend pas la portion du rectum située entre le sphincter et le cancer, et enfin suture d'emblée complètement les deux bouts de l'intestin divisé.

Malheureusement, dans son premier cas, Schede eut une partie de sa suture intestinale qui lâcha; aussi, dans les deux autres, s'est-il cru obligé de faire en même temps à ses malades un anus contre nature sur le côlon.

En 1888, Heinecke (*Münch. med. Woch.*, n° 37), dans une critique de l'opération de Kraske, établit les conditions capitales qu'elle doit remplir, et qui, pour cet auteur, sont : 1° le respect de la solidité du plancher pelvien; 2° la possibilité d'appliquer une complète antisepsie; 3° la conservation des fonctions de l'anus.

Il fait suivre sa critique d'un long plan opératoire dont il n'a exécuté que la première moitié sur le vivant. On est de suite étonné de voir que son premier temps consiste dans la section du sphincter et de la partie inférieure du rectum jusqu'au cancer, c'est une rectotomie postérieure; il s'efforce ensuite, la résection du cancer une fois faite, d'attirer le bout supérieur de l'intestin très bas pour coudre soigneusement la muqueuse à la peau de l'incision postérieure, établissant par conséquent d'emblée un anus sacré; la coudure de l'intestin ainsi obtenue dispenserait, d'après lui, de fermer le cul-de-sac recto-péritonéal. Plus tard, il faut une grosse opération autoplastique pour refermer le sphincter et la partie inférieure du rectum inutilement ouverts.

J'allais omettre de noter que Heinecke est un de ceux qui ont proposé la résection temporaire du coccyx et du rectum : pour cela faire, il décrit minutieusement la section osseuse, d'une manière beaucoup trop importante d'après moi; je renvoie les curieux à l'original.

La préoccupation qui a guidé Heinecke quand il propose la résection temporaire, afin de ne pas nuire à la solidité du plancher

pelvien, n'est pas justifiée; Lihotzky a, en effet, présenté le 12 novembre 1888 (au *Collège médical de Vienne*) une femme opérée par lui, d'après la méthode de Kraske, pour un cancer du rectum, et qui venait d'accoucher normalement d'une fille pesant 4300 grammes, la rotation de la tête s'étant faite comme d'habitude, malgré l'absence du sacrum et des ligaments.

Beaucoup plus important est le travail de Hochenegg (*Wien. kl. Woch.*, 1888) basé sur douze cas opérés avec de bons résultats. Cependant l'auteur ne ferme pas le péritoine ouvert, et ne se prononce pas sur la meilleure manière d'agir après la résection de la portion cancéreuse de l'intestin; il a surtout fait la suture de la muqueuse à la peau, établissant aussi un anus sacré; la suture circulaire totale peut cependant être faite, dit-il, mais il faut avoir soin de bien vider l'intestin au préalable, ou, si on ne peut pas, il ne faut pas hésiter à employer la colotomie pour dériver le cours des matières.

S'appuyant sur le nombre des cas qu'il a observés, Hochenegg prétend faire de la méthode de Kraske la méthode de choix pour le traitement du cancer du rectum; même dans les cas de cancers ano-rectaux, l'anus contre nature placé dans la région sacrée est, dit-il, préférable à l'anus lombaire et à l'anus iliaque, et aussi, parce qu'on peut là, mieux qu'ailleurs, combattre les récidives.

Préoccupé toujours de la perte de substance osseuse, qu'on pourrait éviter, Lœvy a proposé dans le *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 13, une modification à la méthode, dont le point capital est la résection temporaire du sacrum et du coccyx.

Pour cela faire, l'incision est modifiée, elle n'est plus simple et médiane : on limite par trois incisions un lambeau cutanéo-osseux qu'on va ensuite rabattre en bas.

Incision transversale perpendiculaire à la crête sacrée, au niveau des troisièmes trous sacrés; des deux extrémités de cette incision, part de chaque côté une incision perpendiculaire dépassant la pointe du coccyx; toutes ces incisions vont jusqu'à l'os; on peut ainsi dénuder les bords du sacrum, se faire une voie en avant de l'os parallèle à la première incision, pour passer une scie qui attaque l'os d'avant en arrière.

Dès lors, en détachant les parties fibreuses des deux côtés du bord inférieur du sacrum, on peut rabattre en bas ce lambeau ostéo-cutané de forme trapézoïde, qui tourne autour d'une charnière constituée par les parties molles de la région ano-coccygienne.

On fait alors la résection intestinale nécessaire, on anastomose les deux bouts de l'intestin divisé, et on finit l'opération en relevant le lambeau qui ferme la plaie comme le couvercle d'une boîte.

Roux, de Lausanne (*Corresp. für Schweiz. Aertze*, Jahr. XIX), a deux fois pratiqué l'opération de Kraske avec une résection osseuse temporaire, rabattant son lambeau ostéo-cutané sur le côté droit. Nous verrons plus bas que Hégar et Wiedow, appliquant l'opération de Kraske à l'ablation des organes génitaux internes de la femme, font aussi une résection ostéo-plastique temporaire.

La résection du rectum par la voie sacrée semble avoir été faite en Italie; nous trouvons sans avoir pu la vérifier à sa source l'indication suivante : Cancer du rectum, opération de Kraske, guérison, Mazzoni (*Spallanzani*. Roma, 1888. 2 S. XVII. 501).

Moreschi (*Raccoglitori medico*, 1888, n° 17), dans une étude intitulée : Considérations sur l'extirpation du rectum, passe en revue les diverses méthodes, et dit quelques mots de l'opération de Kraske, qu'il ne semble pas avoir faite, mais que son maître Durante paraît avoir pratiquée avec succès, usant de la modification due à Schede, je veux parler de l'anus contre nature sur le côlon destiné à protéger la suture circulaire de l'intestin réséqué.

Je n'ai pas trouvé dans la littérature anglaise un seul fait concernant cette méthode. Dans le *London med. press. and circul.*, t. XLIV, Alexander publie un cas de cancer du rectum sous cette rubrique : « Ablation par une nouvelle méthode »; c'est une vulgaire amputation de l'extrémité inférieure du rectum avec résection du coccyx pour augmenter l'étendue du champ opératoire et faciliter les manœuvres; du reste, à la fin de son article, l'auteur dit que Cripps a fait quelque chose d'un peu analogue, et qu'il croit se rappeler avoir lu dans un journal qu'un Allemand avait écrit quelque chose là-dessus.

En France, nous ne trouvons rien, et je crois être le premier qui ait appliqué cette méthode, car le cas que mon ancien maître et excellent ami le Dr Pozzi vient de publier au congrès n'est pas à proprement parler une opération d'après Kraske, ce serait plutôt une extension de la rectotomie de Verneuil; le premier temps de son opération n'est pas autre chose, en effet, qu'une rectotomie postérieure qu'il a fait suivre de l'ablation du cancer et de l'établissement d'un anus contre nature sacré avec résection du coccyx.

La méthode de résection du rectum par la voie sacrée me paraît mériter l'attention des chirurgiens, et cela pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, elle permet d'enlever les néoplasmes placés très haut sur le rectum et les ganglions voisins : or, si j'en juge par le cas que j'ai opéré, ils sont gros et nombreux; elle permet en outre de donner au malade une guérison complète, jusqu'à la récidive, si elle a lieu; rien de plus atroce, à mon avis, que l'existence d'un mal-

heureux porteur d'un anus contre nature, qu'il soit lombaire ou iliaque ; c'est une infirmité dégoûtante pour lui et pour son entourage. Cette méthode doit donc être employée toutes les fois que le sphincter est indemne, mais ce sphincter si précieux, il faut le respecter, le conserver entier, à tout prix ; c'est là pour moi la grande supériorité de la méthode de Kraske sur toutes les autres ; c'est cependant ce que beaucoup de chirurgiens qui l'ont employée ne semblent pas avoir compris.

C'est évidemment dans le but de conserver ce sphincter si précieux que Hueter (*Grund. d. Chirurgie*) conseille, dans l'ablation du rectum, de faire tout d'abord un lambeau comprenant la peau de l'anus et le plus possible du muscle sous-jacent, lambeau adhérent par sa partie antérieure, qu'on remet en place et qu'on suture à l'intestin après ablation du cancer.

C'est la même idée qui a guidé mon excellent maître le Dr F. Terrier quand il a pratiqué cette résection du rectum avec conservation du sphincter[1]. J'ai cependant un reproche à lui faire : ce sphincter, si précieux, M. Terrier l'a fendu en arrière, puis il l'a suturé ; le succès a couronné son entreprise, mais il tenait à un point de suture.

Quand il s'agit de cancer, il faut aller vite, et se garder autant que possible d'employer des moyens dont les suites sont trop longues ; c'est pourquoi, il faut s'efforcer de fermer complètement la plaie intestinale et, par conséquent, faire une suture circulaire. Elle réussira, si on veut bien consacrer un certain temps à la préparation du malade ; on pourra toujours par des purgations, répétées aussi souvent qu'il le faudra, vider convenablement l'intestin, obtenir une asepsie relative des matières, et ceci dispensera le chirurgien de cette douloureuse nécessité de faire, outre la résection du rectum, un anus contre nature lombaire ou iliaque, comme le conseille Schede, comme l'adopterait Kraske, comme l'a fait Durante.

C'est dire que je rejette complètement et la section verticale de la partie inférieure du rectum, et tous les procédés qui ont pour but d'établir un anus artificiel sacré, quelque ingénieux qu'ils puissent être.

Mais si je conseille la suture circulaire de l'intestin, et on pourrait peut-être la faire au moyen du procédé récemment indiqué par mon ami Chaput (*Congrès français de chir.*, 1889), il faut se mettre en garde contre sa rupture possible et contre l'issue des matières dans le péritoine.

C'est pourquoi la fermeture immédiate de la séreuse s'impose ; il est

1. *Progrès médical* (6 avril 1889).

facile de suturer le feuillet pariétal du cul-de-sac au feuillet viscéral qui couvre l'intestin abaissé; cette suture a le double avantage de maintenir l'intestin en place, en même temps qu'elle rompt le parallélisme entre l'ouverture péritonéale et l'ouverture intestinale.

Quand la suture péritonéale est faite, le reste de l'opération se passe tout à fait en dehors de la grande séreuse, et la suture circulaire de l'intestin se trouve à 2 centimètres au moins au-dessous de la suture du péritoine; c'est une garantie de plus contre l'issue des matières dans sa cavité.

Les résections temporaires n'ont pas semblé, jusqu'ici, donner de bien bons résultats; la méthode est un peu neuve pour la juger, cependant je la repousse *à priori* dans la résection du rectum. Je viens de montrer comment on peut se mettre à l'abri de l'entrée des matières dans le péritoine au cas où toute la suture intestinale ne réussirait pas; la suture péritonéale, nous le savons, amène une rapide adhérence des feuillets de la séreuse qui doit certainement être solidement fermée vers la fin de la première semaine, époque présumée de la première selle : si on laisse la plaie ouverte par derrière, la sécurité sera bien plus grande, et le pire qui puisse arriver, c'est une fistule comme dans mon observation personnelle.

L'occlusion de la plaie en arrière par le lambeau ostéo-périostique exposerait dans un cas analogue au moins à un phlegmon stercoral.

Enfin, nous avons vu, par l'observation de Lihotzky, que cette résection osseuse et ligamenteuse ne fait perdre au plancher pelvien aucune de ses fonctions physiologiques.

Il ne faut pas, du reste, faire une bien grande résection des os; on peut facilement la limiter, comme je l'ai fait, au coccyx et au léger fragment du sacrum constituant son angle inférieur gauche. Le champ opératoire est très suffisamment ouvert ainsi et on peut certainement réséquer des cancers situés très haut. Dans l'observation personnelle que je donne à la fin, on trouvera les détails techniques de l'opération telle que je la conseille.

Comme je l'ai dit plus haut, cette opération peut être appliquée, à d'autres maladies qu'au cancer du rectum : Bardenheuer trouve son indication dans les fistule recto-vaginales élevées qui ont résisté aux autres procédés de traitement, tout naturellement dans le rétrécissement du rectum non cancéreux, et ce sera là le triomphe de la méthode. Hochenegg l'a appliquée aux malformations congénitales du rectum avec abouchements anormaux, aux prolapsus.

Schede, Hégar et Wiedow ont pu par cette voie aller ouvrir des collections purulentes du petit bassin, provenant soit de la colonne vertébrale, soit des organes génitaux. J'ai pour ma part observé avec

mon maître et ami M. Terrillon, à la Salpêtrière, un cas d'abcès du bassin que nous n'avons pas pu aborder par la laparotomie, et que nous aurions certainement pu atteindre par la voie sacrée. Hégar et Wiedow, Czerny ont pu facilement enlever l'utérus par cette région, avec beaucoup plus de sécurité que par le vagin. Hégar et Wiedow font un lambeau cutané osseux qu'ils rabattent en haut.

Roux (de Lausanne) a employé son procédé à volet latéral dans ce même but.

Je ne puis pas me prononcer sur la valeur de cette modification. Dans tous les cas, quelle que soit la manière adoptée, on arrive facilement sur l'utérus par la voie sacrée : on voit ce que l'on fait durant toute l'opération, on enlève ce qu'on veut des ligaments utéro-sacrés, et des ligaments larges; on lie ceux-ci et après avoir fermé l'orifice vaginal par une suture, on referme complètement le péritoine.

Je n'ai eu pour ma part l'occasion d'appliquer la méthode qu'une seule fois chez une jeune femme de vingt-neuf ans qui avait un cancer annulaire du rectum, siégeant à 12 centimètres environ au-dessus de l'anus.

Voici son observation :

C. F., âgée de vingt-neuf ans, vint me consulter vers la fin d'août 1889, à l'hôpital Laënnec; elle croyait avoir une maladie de l'utérus et se plaignait de pesanteur dans le bas-ventre, sur le périnée et dans les reins.

Je l'examinai assez longuement et allais lui faire part de mes recherches négatives, lorsqu'en pratiquant minutieusement le toucher vaginal, je sentis très haut en arrière, à travers le cul-de-sac postérieur, une tumeur analogue à celle que produisent les fèces accumulés dans l'intestin. Mais la consistance de la tumeur, la douleur que je produisais en la comprimant, éveillèrent mon attention et je fus ainsi amené à diriger mon investigation vers le rectum.

J'appris bientôt que les garde-robes étaient rares et douloureuses, que souvent les matières étaient tachées de sang, symptômes inquiétant fort peu la malade, car elle les attribuait à des hémorrhoïdes, qui d'ailleurs n'existaient pas.

Le toucher rectal me permit de sentir avec l'extrémité du doigt poussé aussi haut que possible une tumeur mamelonnée, occupant tout le pourtour de la muqueuse et paraissant fortement rétrécir le calibre de l'intestin.

Vu la hauteur du néoplasme, il était très difficile de me rendre compte du degré de striction; combinant au toucher rectal le toucher vaginal et la pression exercée sur la paroi abdominale antérieure, je pus déterminer le siège de la partie inférieure de la tumeur, à

12 centimètres environ au-dessus du sphincter, et constater que, malgré une assez forte pression, l'extrémité de la phalangette pénétrait à peine dans la lumière laissée libre; il me sembla aussi que la limite supérieure devait être à plusieurs travers de doigt au-dessus.

Cet examen fit un peu saigner la malade et mon doigt rapportait de cette exploration des détritus cancéreux. Le diagnostic s'imposait donc, c'était un cancer.

Le début paraissait remonter à la fin de décembre 1888, la malade était maigre, non cachectique. La situation élevée du cancer, l'intégrité complète du sphincter et des 12 centimètres de rectum sous-jacents me déterminèrent à faire chez elle la résection du néoplasme par la voie sacrée.

Voici comment j'ai procédé :

La malade entra à l'hôpital le 9 septembre, et fut purgée à plusieurs reprises avec l'huile de ricin; en même temps que soumise au régime lacté absolu, elle prenait chaque jour 2 grammes de naphtol mêlés à autant de salicylate de magnésie. En peu de jours les selles furent inodores et semblables à celles des enfants nourris au sein. Le 19 septembre, elle fut purgée une dernière fois.

Le lendemain, je procédai à l'opération qui fut ainsi conduite :

Décubitus latéral droit, lavage du rectum à l'eau naphtolée, toilette soignée de la région, anesthésie au chloroforme. Incision à gauche de la crête sacrée et parallèle à cette crête, partant du niveau de la ligne qui réunit les deux épines iliaques postérieures et inférieures pour aboutir un peu au-dessus de la pointe du coccyx, c'est-à-dire à 5 centimètres de l'anus.

Dénudation du coccyx et de la partie inférieure du sacrum, désarticulation du coccyx qui est ensuite enlevé de haut en bas en le dépouillant de son périoste, afin de conserver le plus possible l'attache des tissus fibreux du raphé, section transversale avec la pince de Liston de la première pièce du coccyx restée en place; résection avec la pince gouge de Nélaton de l'angle gauche saillant du sacrum; je n'atteins pas le dernier trou sacré.

Ceci me permet d'arriver à la limite inférieure du cancer. Séparation facile avec le doigt du rectum d'avec la face antérieure du sacrum; séparation plus laborieuse de la partie sous-cancéreuse du rectum d'avec le vagin.

Pendant ces manœuvres, ouverture du cul-de-sac péritonéal que je tamponne avec une éponge montée. Dès l'ouverture du péritoine, il devient facile de faire descendre l'intestin.

Ligature du rectum avec une forte soie au-dessous du cancer, même ligature au-dessus, et pour éviter qu'après la section le bout supé-

rieur n'échappe si la ligature dérapait, je traverse le méso avec une forte soie en anse confiée à un aide. Résection de la partie cancéreuse avec les ciseaux, tamponnement du bout inférieur avec ouate iodoformée; le bout supérieur, bien maintenu par le fil du méso, ne laisse rien couler, mais est aussi tamponné. Suture par un fin surjet de catgut du péritoine pariétal du cul-de-sac au feuillet viscéral de l'intestin descendu.

Cela fait, tout le reste de l'opération va être extra-péritonéal, et je fais bien tranquillement la suture circulaire complète entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin divisé. Cette suture est pratiquée à la soie, par deux plans, un muqueux, l'autre musculaire.

Quelques crins de Florence rapprochent par en haut les lèvres de l'incision, diminuant ainsi l'étendue de la plaie. Je m'assure, par le toucher, que la suture n'a pas rétréci le calibre intestinal; la plaie est bourrée de gaze iodoformée.

Le tout avait duré deux heures; je me fais fort aujourd'hui d'aller bien plus vite, car j'ai perdu beaucoup de temps à isoler le rectum du vagin.

Les suites ont été des plus simples, la malade a rendu des gaz par l'anus dès le lendemain; mais l'iodoforme a produit de violents phénomènes d'intoxication, qui ont du reste disparu dès que j'ai eu remplacé l'iodoforme par du salol.

L'état de la malade a été si satisfaisant les jours suivants, que je lui ai permis de manger trop tôt, et j'ai dû faciliter le besoin d'aller à la garde-robe dès le 26, c'est-à-dire le septième jour.

Tout s'est d'abord bien passé, le sphincter a bien fonctionné, la suture a tenu; mais, deux jours après, nouvelles selles, et il s'est produit en arrière une petite fistule qui est en train de se fermer spontanément. Ceci n'a pas empêché la malade de se lever, elle a pu quitter le lit environ vingt jours après mon intervention.

Qu'il me soit permis en terminant de poser quelques conclusions :

Cette méthode présente sur toutes les autres plusieurs avantages notables, elle permet l'ablation complète de néoplasmes dont quelques-uns sont inaccessibles aux autres procédés;

Par cette voie on peut atteindre en outre, et enlever les ganglions toujours gros et nombreux, situés au-dessus du cancer, dans le méso, et qu'il est impossible d'avoir par tout autre moyen;

Enfin, elle conserve le sphincter dans toute son intégrité et, ne causant pas de rétrécissement ultérieur, assure le fonctionnement normal de l'intestin. Par conséquent, son indication s'étend à tous les cas dans lesquels le sphincter anal n'est pas envahi par le cancer.

Coulommiers. — Imp. P. Brodard et Gallois.